



Formulario para Prescripción de Medicamentos Plan Diabess NOA

Apellido y Nombre:.....
N° de Afiliado:.....

DIABETES TIPO:

1 2 2(Con Insulina) Gestacional Otro.....

<p>INYECTABLE</p> <p>SI <input type="checkbox"/></p> <p>NO <input type="checkbox"/></p>	<p>BASAL: NPH <input type="checkbox"/> Mixtas <input type="checkbox"/> Análogos Lentos <input type="checkbox"/> Degludec por Expte. <input type="checkbox"/> Toujeo c/ Auditoría Previa <input type="checkbox"/></p> <p>Dosis Día:.....</p>
	<p>BOLOS Análogos Rápidos</p> <p>Dosis Día:.....</p>
	<p>Liraglutide por Expte <input type="checkbox"/></p> <p>Dosis Día:.....</p>
	<p>.....</p>

<p>HIPOG. ORALES</p> <p>SI <input type="checkbox"/></p> <p>NO <input type="checkbox"/></p>	<p>Metformina 500 <input type="checkbox"/></p> <p>Glibenclamida <input type="checkbox"/></p> <p>Pioglitazona <input type="checkbox"/></p> <p>Saxagliptina <input type="checkbox"/></p> <p>Linagliptina <input type="checkbox"/></p> <p>Dosis Día:.....</p>	<p>Metformina 850 <input type="checkbox"/></p> <p>Glimepirida 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Glicazida <input type="checkbox"/></p> <p>Vildagliptina <input type="checkbox"/></p>	<p>Metformina 1 Gr. <input type="checkbox"/></p> <p>Glimepirida 8 <input type="checkbox"/></p> <p>Glipizida <input type="checkbox"/></p> <p>Sitagliptina <input type="checkbox"/></p>
	<p>Otros c/ Audit. previa <input type="checkbox"/></p> <p>Dosis Día:.....</p>		
	<p>P/ HIPOGLUCEMIA Glucosa 15 Gr. <input type="checkbox"/></p>		
	<p>MONITOR: 1° Vez <input type="checkbox"/> 2° Vez <input type="checkbox"/> Justificación:.....</p>		
	<p>AUTOMONITOREO</p> <p><input type="checkbox"/> DM 2 c/ Metformina 25 Tiras C/2Meses</p> <p><input type="checkbox"/> DM 2 c/ Otros Hipog. Orales 25 Tiras por Mes</p> <p><input type="checkbox"/> DM 2 c/ Insulina 50 Tiras por Mes</p> <p><input type="checkbox"/> Dm1 y D Gestacional 100 Tiras por Mes</p> <p><input type="checkbox"/> Otros.....</p> <p>Justificación:.....</p> <p>.....</p>		
	<p>OTROS MEDICAMENTOS:.....</p> <p>.....</p>		

HISTORIA CLÍNICA, FUNDAMENTOS DEL TRATAMIENTO Y PATOLOGÍAS ASOCIADAS:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

<p>Fecha...../...../.....</p>	<p>..... Firma y Sello del Médico de Cabecera</p>	<p>..... Validación Centro Calidad de Vida</p>
-------------------------------	---	--